Lane Medical Library

Aus der Chirurgischen Universitätsklinik zu Halle
(Direktor: Prof. Dr. F. Voelcker)

Das Zusammentreffen von Ulcus und Carcinom am Magen

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Martin Luther-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Hans Nordhausen

aus Magdeburg.

STANFORD UNIVERSITY
AUG
2
LIBRARY

Würzburg 1936

Buchdruckerei Richard Mayr.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Halle-Wittenberg.

Referent: Dozent Dr. med. habil. Friedrich Klages.

Die Tatsache, daß sich auf dem Boden eines Magenulcus ein Carcinom entwickeln kann, ist bekannt. Durch einwandfreie Beobachtungen und histologische Untersuchungen hat schon Hauser vor 32 Jahren einen histologisch genau durchuntersuchten Fall mitgeteilt. In den folgenden Jahren haben andere Autoren Fälle von sicheren Ulcuscarcinomen des Magens beschrieben und bewiesen, daß eine carcinomatöse Degeneration des Magengeschwürs möglich ist. Der Meinungsstreit, der dann entbrannte, erstreckte sich vor allem auf die Häufigkeit dieser Entstehungsmöglichkeit. Einige Autoren, besonders Pathologen, behaupteten schließlich, daß fast alle Carcinome des Magens auf dem Boden eines alten Ulcus entstehen, während die andere Seite diese Möglichkeit als nur äußerst selten hinstellte. Rixford konnte sogar einen Fall von großem Magenulcus beschreiben, das er wegen Verdachtes auf maligne Degeneration reseziert hatte, bei dem vom Pathologen aber kein Carcinom gefunden werden konnte. Schließlich kam der Patient mit einem Recidiv erneut in Behandlung, und aus dem nunmehr vorliegenden Resektionspräparat war durch Serienschnitte histologisch eine carcinomatös degenerierte Stelle zu finden.

Die praktisch äußerst wichtige Frage, wie oft Magengeschwüre carcinomatös entarten, beantworten Anschütz und Konjetzny nach kritischer Würdigung des zur Zeit vorliegenden Materials dahin, daß etwa 3—5% der Ulcera später Carcinome werden. Sind die Ulcera dagegen ausgesprochen kallös, so wird die Zahl auf das Doppelte, also auf etwa 6—10% geschätzt. Besondere Beachtung verdienen die präpylorischen Ulcera, die sich in fast 30% der Fälle zu krebsigen Geschwüren umwandeln, während eine solche Umwandlung bei Geschwüren des Magenkörpers nur in etwa 2% der Fälle vor sich geht. Verschiedene amerikanische Autoren (besonders Mayo) glauben sogar 50—70% aller Magencarcinome auf der Basis eines Ulcus entstanden. Als ätiologisch sichere Fälle dieser Art dürfen nach Kleinschmidt nur Fälle gelten, bei denen am Rande eines chronischen Ulcus ein isoliertes Carcinom entstanden ist. Hanke beschreibt einen Fall, bei dem schon seit 18 Jahren Magenbeschwerden bestehen. Im letzten Jahr dauerndes Druckgefühl, 2—3 Stunden nach dem Essen Erbrechen. Seit einigen Monaten Stuhl schwarz, auch Erbrechen schwarzer Massen. Nach voraufgegangener interner Behandlung Operation. Gut dreimarkstückgroßes Ulcus am Angulus der kleinen Kurvatur. Resektion. Histologisch schon Carcinom, das vom Rande eines alten kallösen Ulcus ausgegangen ist.

Auch in Ulcusnarben können sich Carcinome entwickeln, desgleichen in einem noch bestehenden peptischen Ulcus. Ferner besteht die Möglichkeit (Hayem, Konjetzny), daß atypische Wucherungen Brunnerscher Drüsen in der Umrandung von Pylorusulcera in Carcinom übergehen. Nach Versé, Konjetzny, Saltzmann entwickelt sich fernerhin der Magen-

krebs in den meisten Fällen auf dem Boden einer chronischen Gastritis. In 90% seiner Fälle konnte Konjetzny diese ätiologische Beziehung nachweisen. Nach Boas entsteht eine Abnutzungsatrophie des Magens, auf deren Basis sich dann später ein Carcinom aufbaut.

Zwischen Gastritis und Krebsbildung sind kontinuierliche Übergänge vorhanden. Konjetzny meint, daß durch eine chronische Gastritis eine adenomatöse Schleimhautwucherung entstehen kann, die dann zur Bildung richtiger Adenome bezw. Polypen führt. Hieraus kann sich schließlich durch sekundäre maligne Entartung ein Carcinom entwickeln. Ein großer Teil der Magencarcinome verdankt seine Entstehung chronischen Reizen.

Es steht heute ohne Zweifel fest, daß sich auf dem Boden einer chronischen Gastritis oder eines chronischen Magenulcus ein Carcinom entwickeln kann, daß also das Ulcus oder die Gastritis unter Umständen eine präcarcinomatöse Erkrankung ist.

Ein reines Carcinom hat im Gegensatz zum Ulcus meistenteils eine viel kürzere Vorgeschichte.

Nach Büchner besteht auch die Möglichkeit, daß auf dem Boden eines reinen Carcinoms ein makroskopisch fast typisches Ulcus entstehen kann.

Die Häufigkeit des Auftretens von Magenkrebs — etwa 5% aller Todesfälle überhaupt sind dem Magenkrebs zuzurechnen — macht es erforderlich, eine möglichst frühzeitige Diagnose zu stellen und rechtzeitig die vorhandene Geschwulst nachzuweisen. Die Diagnosestellung ist aber in den meisten Fällen ungemein schwierig wegen des Fehlens ausgeprägter Erscheinungen dieser Erkrankung. Es ist fast nie die Möglichkeit gegeben, ein sicheres Urteil über den Zustand des Magens, der vor der Krebserkrankung bestanden hat, abzugeben. Wichtig ist die Anamnese, deren Zuverlässigkeit und Genauigkeit von der Intelligenz und auch vom Temperament des betreffenden Kranken abhängig ist. Klinisch ist es von Wichtigkeit, daß Ulcuscarcinome bei Menschen auftreten können, die bis dahin völlig magengesund waren und anderseits auch bei Menschen, die ihr ganzes Leben lang an Magengeschwüren vom Charakter des Ulcus simplex gelitten haben. Wird ein Carcinom bei einem Kranken mit einer Anamnese, die für chronisches Ulcus spricht, gefunden, so ist (nach Kleinschmidt) mit großer Wahrscheinlichkeit ein Ulcuscarcinom anzunehmen.

Die Unterscheidung zwischen Ulcus simplex und entstehendem Ulcus carcinomatosum bei Ulcuskrankheit ist zunächst ausgeschlossen. Und dennoch gibt es Unterschiede, die schon bei der Vorgeschichte beginnen. Es werden in den meisten Fällen keine eigentlichen Schmerzen angegeben, sondern es handelt sich fast immer vielmehr um ein gewisses Unbehagen, Völlegefühl, Spannung in der Magengegend. Beziehungen zu bestimmten Nahrungsmitteln fehlen meist gänzlich (Fleischer, Goldhaber, Landau). Die Erkrankung beginnt oft aus voller Gesundheit heraus, plötzlich, mit einer Magenverstimmung, die in der Mehrzahl der Fälle als Magenkatarrh gedeutet zu werden pflegt, ferner mit Appetitmangel. Solche Kranken brauchen nicht abgemagert oder anämisch zu sein, auch sind häufig keinerlei Störungen bei

der Stuhlentleerung zu erkennen. Der Stuhl zeigt in den seltensten Fällen irgendwelche krankhaften Veränderungen, auch ist er meistenteils frei von okkultem Blut.

Am frühesten sind Ulcuscarcinome zu diagnostizieren, die am Magenausgang sitzen. Sitzen sie an der kleinen Kurvatur, so pflegen charakteristische Symptome der Erkrankung erst später aufzutreten (Konjetzny, Goldhaber, Fleischer, Landau). Am überzeugendsten wirken die Fälle, wo sich ein Carcinom pyloruswärts an ein großes Ulcus anschließt (Aschoff).

Im Blutbild des Kranken zeigt sich, wie Goldhaber nachgewiesen hat, bei beginnendem Carcinom schon ziemlich früh eine Vermehrung der farblosen Blutelemente. Die Zahl der Leukocyten steigt bereits im frühesten Beginn der Erkrankung bis auf 8500—10 000.

Zur Klärung der Frage des Ulcuscarcinoms schlägt Konjetzny zwei Wege vor,

1. den pathologisch-anatomischen,
2. den klinischen.

Für den exaktesten hält er den pathologisch-anatomischen Weg, jedoch entstehen hierbei Schwierigkeiten insofern, als das Carcinom mit seinem infiltrierenden Wachstum den Mutterboden, auf dem es entstanden ist, zerstört haben kann. Die Ulcusgenese wird sich infolgedessen nur unter ganz besonders günstigen Verhältnissen nachweisen lassen. Die Diagnose Ulcuscarcinom läßt sich also, wie heute allgemein anerkannt wird, nur histologisch feststellen, keinesfalls aber kann sie aus der makroskopischen Ähnlichkeit mit einem typischen Ulcus pepticum hergeleitet werden (Rothmann).

Hauser fordert zur einwandfreien Diagnose Ulcuscarcinom

1. „daß die Muskulatur des Geschwürsrandes steil aufgerichtet und förmlich wie einwärts gerollt ist und scharf gegen den Geschwürsrand abschneidet", und daß
2. nur eine partielle Infiltration des Geschwürsrandes und des Geschwürsgrundes besteht. Denn bei primärem Krebs mit sekundärer Geschwürsbildung müsse der ganze Geschwürsrand und der ganze Grund von Krebs durchsetzt sein. Auch bei ausgesprochen chronischen Ulcera könne eine krebsige Entartung eintreten.

Für den Nachweis des Vorliegens eines carcinomatös entarteten Magenulcus hält es Konjetzny für unbedingt erforderlich,

1. „daß das fragliche Geschwür durchaus die Charakteristika des chronischen Magengeschwürs bietet und
2. daß die Geschwürsränder und der Geschwürsgrund nur eine partielle krebsige Infiltration aufweisen. Hinzufügen könnte man noch, daß das Ulcuscarcinom entsprechend dem Boden, auf welchem es entsteht, sich in der Regel als derbes cirrhöses Carcinom ohne besondere Differenzierung darstellt."

Es disponieren besonders die großen, mehr oder weniger ausgesprochenen kallösen Geschwüre, die nur teils langsam oder auch gar nicht zur völligen

Heilung kommen, zur Bildung eines Carcinoms. An der Geschwürsstelle kann man makroskopisch keinen Unterschied gegenüber dem Ulcus simplex erkennen. Vielleicht erscheint der Geschwürsgrund in der Muscularis breiter, so daß dadurch die ganze Form der des kallös gewordenen Ulcus simplex näher kommt.

Es handelt sich nach Fleischer, Goldhaber, Landau pathologisch-anatomisch hauptsächlich um Ulcera von der Form der peptischen Geschwüre. Sie fühlen sich aber hart an. Untersuchungen von Klein und Demuth haben ergeben, daß ihr Grund kernarmes, kallöses Gewebe enthält, das die Submucosa und Teile der Muscularis ersetzt. Eine Wandverdickung von der Serosa her kommt nicht zustande, sondern diese entsteht innerhalb der Magenwand bei intakter Serosa. Bei einem Ulcus carcinomatosum ist die Serosa glatt und unverändert, das Ulcus selbst fühlt sich hart an, es ist schwielig.

Zur Unterscheidung zwischen primärem Carcinom und Ulcuscarcinom führt Orator an, daß das erstere eine universelle Gastritis hat, während ein Ulcuscarcinom noch lange Zeit eine gute Fundalschleimhaut behält. Ein Ulcusmagen zeigt narbige Veränderungen der Submucosa und der Subserosa weit entfernt vom Ulcus, beim Carcinom geben Infiltration und ein leukozytärer Wall die Grenze des neoplasmatischen Einbruchs an. Ein chronisches Geschwür setzt eine bleibende typische Muskelnarbe. Die Muscularis propria wird von einem Carcinom infiltriert und durchwachsen, ohne daß sie zerstört zu werden braucht. Ihre Muskelbündel werden auseinandergedrängt. Für peptisches Geschwür charakteristische Defekte sind nicht nachweisbar.

Ein Carcinom, das aus einem chronischen Ulcus entstanden ist, macht in den wenigsten Fällen Veränderungen im Fundusteil des Magens. Fehlen diese oder sind sie nur in ganz geringem Ausmaße vorhanden, so hält Orator ein Ulcuscarcinom für erwiesen.

Die klinische Untersuchung mit Röntgendurchleuchtung und Röntgenaufnahme bringt die Sicherstellung der Diagnose Ulcuscarcinom nicht weiter. Eine Aussparung, wie man sie bei fortgeschrittenen Carcinomen zu sehen gewohnt ist, läßt sich bei Frühfällen nicht feststellen. Die Stelle der Infiltration zeigt Störungen der Motilität, ferner kann man eine gewisse Unschärfe und Auflockerung bemerken. Immerhin bringt die Röntgenuntersuchung meist keinen wesentlichen Beitrag zur Klärung der Diagnose (auch v. Haberer's Ansicht).

Die Durchsicht der Literatur zeigt, daß bisher nur einige wenige sichere Fälle von Ulcuscarcinom beschrieben sind. Man sah meist nur Spätfälle, die schon ausgesprochene Carcinome waren. In den letzten Jahren sind in der Chirurgischen Universitätsklinik Halle nun einige Patienten zur Behandlung und Operation gekommen, deren Krankengeschichten und Verläufe in folgendem aufgezeigt werden sollen. Es handelt sich um 4 Fälle von Ulcuscarcinom des Magens und um 3 Fälle von isoliertem Auftreten von Ulcus und Carcinom in einem Magen. Besonders eindrucksvoll ist der Fall 1, der deshalb auch am ausführlichsten behandelt wird.

Fall 1.

Wilhelm H., Bauarbeiter, 55 Jahre alt.

Seit 1920 Magenbeschwerden. Er hatte drückende Schmerzen in der Magengegend und saures Aufstoßen. Kein Erbrechen. 1921 ist er deshalb im Elisabeth-Krankenhaus Halle und im Diakonissen-Krankenhaus Halle gewesen. Die Beschwerden blieben unverändert. Patient ist immer in der Folgezeit in ärztlicher Behandlung gewesen. 1930 wurden die Beschwerden besonders stark, und H. hat darauf 6 Wochen in der Medizinischen Universitätsklinik Halle gelegen. 1932 trat Magenbluten auf, er war deshalb 8 Wochen im Elisabeth-Krankenhaus Halle und wurde schließlich dort als gebessert entlassen. Er hat daraufhin kurze Zeit gearbeitet. 4 Wochen später wegen Grippe und Lungenentzündung wieder im Elisabeth-Krankenhaus. 1934 erneut stärkere Magenbeschwerden. H. ging nochmals in das Elisabeth-Krankenhaus. Im Mai 1935 wurde er vom behandelnden Arzt der Nervenklinik Halle überwiesen und dort mit Höhensonne behandelt. Anfang Juli 1935 suchte der Patient die Medizinische Universitäts-Poliklinik auf, und dort wurde er mit Einspritzungen und Tabletten behandelt. Im August 1935 wurde er schließlich in die Medizinische Universitätsklinik wegen Magengeschwürs überwiesen. Er klagt dort bei der Aufnahme über drückende Schmerzen in der Magengegend, nach beiden Seiten und oben ausstrahlend. Ferner über saures Aufstoßen, Stuhlverstopfung, Teerstühle, Appetitlosigkeit. In 8 Wochen 30 Pfund Gewichtsabnahme.

Befund bei der Aufnahme: Patient in reduziertem Kräfte- und Allgemeinzustand. Diffuse Schmerzhaftigkeit im Oberbauch. Axillar- und Inguinaldrüsen geschwollen, links mehr als rechts. Hämoglobin 77%, Erythrozyten 3,5 Millionen. Probefrühstück 80 ccm. Kongo Spur, mäßig angedaut, mäßig Schleim. Freie H Cl 2, Gesamtacidität 21. Teerstuhl, okkultes Blut positiv. Körpergewicht 109 Pfund.

Röntgen: glatte Ösophaguspassage. An der großen Kurvatur in der Korpusmitte Unterbrechung des Faltenreliefs, dort auch bei normaler Füllung nicht ausgleichbarer Füllungsdefekt. Die kleine Kurvatur ist in gleicher Weise infiltriert. Kein Druckschmerz. Nach 3½ Stunden Magen leer. Kontrastbrei im Dünndarm. Röntgendiagnose suspekt auf Carcinom ventriculi. Zur Probelaparatomie in die Chirurgische Klinik überwiesen.

27. 8. 35. Operation (Dr. Klages). Mittelschnitt. Hoch am Magen sieht man an der kleinen Kurvatur ein dreimarkstückgroßes derb verschwieltes Ulcus, das in ganzer Ausdehnung mit der Leberunterfläche verwachsen ist. Stumpfes Ablösen des kranken Magens von der Leber ist nicht möglich. Deshalb Trennung beider Organe scharf mit dem Messer. Man sieht dann, daß die Leber nicht eigentlich durch den Geschwürsprozeß ergriffen ist, sondern daß es sich bloß um eine derbe Verschwielung gehandelt hat. Hohe treppenförmige Resektion. Vereinigung der Resektionsstümpfe nach Billroth I.

Am aufgeschnittenen Magen sieht man an der kleinen Kurvatur ein dreimarkstückgroßes kallöses Ulcus. Der Grund des Geschwürs ist gut gereinigt. An einer Stelle ist der Geschwürsrand wallartig verdickt und aufgeworfen

Diese eine auf maligne Entartung verdächtige Stelle hebt sich im Anblick und in der Gewebsfestigkeit von der Umgebung ab. Nachdem man das Geschwür in großem Durchmesser durchschnitten hat, sieht man eine starre derbe Wandverdickung. Die Magenwand ist 0,5 cm dick. Histologisch liegt ein ausgedehntes tief greifendes Ulcus vor, das bis tief in die Magenmuskulatur reicht. Der Geschwürsgrund ist im allgemeinen gut gereinigt. Hie und da sieht man herdförmige, chronisch entzündliche Erscheinungen. Auffallend ist, daß unmittelbar unter dem Geschwür zahlreiche große Nervenäste liegen. An der makroskopisch verdächtigen Stelle sieht man histologisch ein ganz diffuses kleinzelliges Carcinom, das die Muskelschichten diffus durchsetzt. Diese Stelle ist im Gegensatz zu den anderen entzündlich veränderten Partien des Geschwürs fast völlig entzündungsfrei.

Verlauf:

4. 9. glatte primäre Wundheilung, Entfernung der Fäden. Gewichtsabnahme auf 101 Pfund.

8. 9. ungestörter postoperativer Verlauf. Gewichtszunahme.

Röntgen-Kontrolldurchleuchtung: glatte Passage.

Der Patient wird in ambulante Behandlung entlassen. Gewichtszunahme auf 106 Pfund.

Fall 2.

Richard W., Handelsmann, 54 Jahre alt.

Vater an Magenleiden sehr früh gestorben.

Schon seit 20 Jahren Magenbeschwerden. Seither hat der Patient dauernd in ärztlicher Behandlung gestanden. Er klagt über Druck- und Völlegefühl in der Magengegend. Allmählich verschlimmerten sich diese Beschwerden. Hinzu kam saures Aufstoßen, sehr häufig Erbrechen nach der Nahrungsaufnahme. Heftige Magenschmerzen, meist etwa 1 Stunde nach dem Essen. Der Stuhl war hart, sehr dunkel gefärbt. Es besteht auch typischer Nüchternschmerz. Geringe Gewichtsabnahme.

Befund bei der Aufnahme: Patient in gutem Ernährungs- und Kräftezustand. Zwischen Nabel und Schwertfortsatz Schmerzpunkt. Schmerzen auch an beiden unteren Rippenrändern. Leber vergrößert. Keine Drüsenmetastasen tastbar. Körpergewicht 136 Pfund.

2. 3. 35. Operation (Dr. Klages). Medianschnitt im Oberbauch. Nach Eröffnung des Peritoneums stößt man auf zahlreiche flächenhafte Verwachsungen, die Magen, Duodenum, Gallenblase und Leber völlig verkleben. Unter großen Schwierigkeiten gelingt es diese Verwachsungen zu lösen. Man findet ein Ulcus von etwa Erbsengröße dicht unterhalb des Pylorusringes, ferner ein zweites etwas größeres und tieferes, ziemlich hoch an der kleinen Kurvatur sitzend. Hohe Resektion nach Billroth II.

Das Präparat läßt 2 Geschwüre erkennen, deren Grund gut gereinigt ist. Das pylorusnahe Ulcus zeigt einen glatten Rand, während der Rand des höher am Magen sitzenden Geschwürs verdickt und gewulstet erscheint. Histologisch findet sich hier auch ein großes tiefgreifendes Ulcus. Die stark ver-

dickte Magenwand ist ausgedehnt infiltriert durch ein kleinzelliges Carcinom.

Guter Verlauf. Glatte, komplikationslose Wundheilung. Bei der Entlassung hat der Patient sein Anfangsgewicht von 136 Pfund wieder erreicht. Gutes Allgemeinbefinden. Als geheilt entlassen.

Fall 3.

Robert Sch., Reichsbahnoberschaffner, 57 Jahre alt.

Ein Bruder an Magenkrebs gestorben.

Seit über einem Jahr Drücken und Rollen im Oberbauch, unabhängig von der Nahrungsaufnahme. Aufstoßen. Sodbrennen. Morgens pappiger Geschmack. Stühle immer normal gefärbt. Keine Durchfälle. Keine Verstopfung. Im letzten halben Jahr 20 Pfund Gewichtsabnahme. Seit ¼ Jahr Druckgefühl im Magen nach dem Essen.

Bei der Aufnahme in die Klinik klagt der Patient über Druck- und Völlegefühl im Magen nach der Nahrungsaufnahme, in den letzten 8 Tagen starker Brechreiz und Erbrechen nach vorherigem Sodbrennen. Gewichtsabnahme von 12 Pfund. Appetitlosigkeit. Rückenschmerzen.

Befund bei der Aufnahme: Kleiner magerer Mann. Rechts neben der Medianlinie im Oberbauch fragliche Resistenz. Okkultes Blut positiv.

Röntgen-Aufnahmen: Stauung im Magen, am Pylorus verdächtige Stelle. Serienaufnahmen. Prozeß am Antrum des Pylorus, stenosierender blutender Prozeß am Antrum. Motorische Insuffizienz des Magens.

21. 2. 35. Operation (Dr. Klages). Mittelschnitt im Oberbauch. Nach Eröffnung des Peritoneums fühlt man einen kleinapfelgroßen Tumor, der mit der Umgebung, vor allem mit dem Pancreas stark verwachsen ist. Da es sich zweifellos um ein Carcinom handeln muß, wird trotz der technischen Schwierigkeit die Resektion nach Billroth II durchgeführt. Skelettieren des Magens unter scharfer Ausschälung des Tumors.

Das Präparat ergibt ein großes Ulcus am Pylorus. Der Geschwürsrand ist stark gewulstet, wie einwärts gerollt. Die Muskulatur ist verdickt und fühlt sich derb an. Histologisch handelt es sich um ein kleinzelliges Carcinom, das auf dem Boden eines alten Ulcus entstanden ist. Das Ulcus ist ziemlich tiefgreifend. Der Schnitt aus dem Ulcusboden zeigt ein gut gereinigtes chronisches Geschwür ohne Carcinom, während an den Rändern des Geschwürs kleinzellige krebsige Infiltration nachweisbar ist.

Ungestörter, komplikationsloser Heilungsverlauf. Der Patient erholt sich sehr gut. 2 Pfund Gewichtszunahme.

Röntgen-Kontrolldurchleuchtung: Anastomose gut durchgängig, der Magen ist nach 4 Stunden leer. Röntgenbestrahlung. Der Patient wird als beschwerdefrei in ärztliche Behandlung entlassen.

Fall 4.

Karl B., Werkmeister, 52 Jahre alt.

Seit einem Jahr häufiges Erbrechen nach den Mahlzeiten. Dauernd Aufstoßen. Kein Sodbrennen. Schmerzen in der Magengegend. Stuhl hart, nor-

mal gefärbt. Im letzten ½ Jahr 30 Pfund Gewichtsabnahme. Viel Hunger, viel Durst.

Befund bei der Aufnahme: Mittelgroßer Mann in schlechtem Ernährungs- und Kräftezustand. Am Leib keine Resistenzen. Kein Druckschmerz, keine Drüsenmetastasen.

Röntgen-Untersuchung: Tief stehender Magen, noch mit Kontrastbrei gefüllt von einer vor 8 Tagen stattgefundenen Durchleuchtung. Pylorusstenose.

18. 3. 35. Operation (Dr. Klages). Oberer Medianschnitt. Nach Eröffnung des Peritoneums sieht man einen stark erweiterten Magen. Entzündung an der kleinen Kurvatur. Am Pylorus ein großes, ihn fast völlig verschließendes Ulcus. Nach Eröffnung des Resektionspräparates sieht man eine fast komplette Pylorusstenose, hervorgerufen durch ein großes Ulcus, das sich derb anfühlt.

Histologisch zeigt der ausgedehnt resezierte Magen eine diffus stark verdickte Wand. An einer Stelle der kleinen Kurvatur ist diese Wandverdikkung besonders ausgesprochen. Hier findet sich histologisch ein sicheres Gallert-Carcinom.

Der Patient hat den großen Eingriff gut überstanden, er erholt sich ziemlich rasch, nimmt dauernd an Gewicht zu. Keinerlei Beschwerden, kein Erbrechen.

Die Röntgen-Kontrolldurchleuchtung zeigt eine tadellose Passage.

B. wird als geheilt entlassen.

Eine sehr lange Anamnese bietet der 1. Fall Seit 15 Jahren klagt der Patient über Magenbeschwerden. Er war während dieses Zeitraums mehrmals in verschiedenen Krankenhäusern und bei mehreren Aerzten in Behandlung. Einmal wurde er sogar der Universitäts-Nervenklinik überwiesen, wahrscheinlich, weil er als Aggravant und Querulant angesehen wurde. Niemals ist der Patient beschwerdefrei gewesen, dauernd war ärztliche Behandlung notwendig. Der 15 Jahre lange Leidensweg endet dann schließlich mit einer Operation. Hierbei kann einwandfrei ein sicheres kallöses Ulcus nachgewiesen werden, in dem an einer Stelle ein kleinzelliges Carcinom gefunden wird. Nach der Operation ist der Patient völlig beschwerdefrei.

Auch in der 2. Krankengeschichte (Fall 2) handelt es sich um einen Patienten, der schon 20 Jahre lang unter Magenbeschwerden zu leiden hat und deshalb auch dauernd ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen mußte. Auch hier werden bei der Operation 2 Geschwüre festgestellt, von denen das eine in größerer Ausdehnung durch ein kleinzelliges Carcinom infiltriert ist. Der Patient konnte geheilt entlassen werden.

Wie schon eingangs erwähnt, ist es durchaus möglich, daß einerseits Ulcuscarcinome bei bisher völlig magengesunden Menschen auftreten, daß aber anderseits auch Menschen betroffen werden, die schon jahrelang unter Ulcusbeschwerden zu leiden hatten. Während in den beiden ersten Fällen eine lange Anamnese vorliegt, beginnen die Beschwerden der beiden nächsten Patienten (Fall 3 und 4) erst ein Jahr vor der Operation. Diese beiden Kranken bezeichnen sich als vorher völlig magengesund. Im Fall 3 handelt

es sich um ein kleinzelliges Carcinom, das auf Ulcusboden entstanden ist. Und im 4. Fall zeigt sich ein großes Pylorusulcus, in dem histologisch ein sicheres Gallertcarcinom nachweisbar ist.

Während Ulcus-Carcinome relativ selten beschrieben sind, so ist die Möglichkeit, daß Ulcus und Carcinom isoliert voneinander in einem Magen auftreten, ungleich häufiger. Es folgen 3 Fälle dieser Art. Alle diese Patienten klagen seit mehreren Jahren schon über Magenbeschwerden. Bei Frau M. (Fall 5) wird an der kleinen Kurvatur ein sicheres Ulcus gefunden, während am Pylorus ein Carcinom sitzt, das bereits eine große Ausdehnung angenommen hat, so daß nur noch eine Gastro-Enterostomie angelegt werden kann. Bei dem 61jährigen Albin K. werden nahe dem Pylorus, gesondert voneinander, ein Ulcus und ein kleinzelliger Krebs festgestellt. Leider überstand der schon sehr kachektische Patient den operativen Eingriff nicht. Er starb an einem daumennagelgroßen Bronchopneumonieherd. Im letzten Fall (Fall 7) sah man in dem ausgedehnt resezierten Magen bei einer Pylorusstenose neben einem großen Carcinom noch ein Ulcus.

Fall 5.

Frau Liesbeth M., Ehefrau, 45 Jahre alt.

Seit 1922 Magenbeschwerden. Deshalb damals schon in der Medizinischen Universitäts-Klinik Halle behandelt, wo ein Sanduhrmagen mit Gastritis festgestellt wurde. Weiterhin dauernd Beschwerden. 1932 häufiges Erbrechen, Druckgefühl in der Magengegend nach der Nahrungsaufnahme, saures Aufstoßen. Stuhlverstopfung.

Befund bei der Aufnahme: Große Frau in schlechtem Allgemeinbefinden. Fettpolster stark geschwunden, Haut schlaff ohne Turgor. Leichte Basedow-Symptome. Keine Geschwulst tastbar.

Röntgen-Durchleuchtung: Tief stehender Magen, deutliche Pylorusstenose, nach 6 Stunden noch handtellergroßer Rest unterhalb der Beckenschaufel.

7. 1. 33. Operation (Dr. Hennig). Sicheres Ulcus an der kleinen Kurvatur. Am Pylorus großes Carcinom mit Übergreifen auf das Pancreas. Inoperabel. Deshalb hintere Gastro-Enterostomie.

Glatter Heilungsverlauf. Keine Beschwerden, Nahrungsaufnahme ohne Schwierigkeiten. Röntgen-Bestrahlungen. Entlassen in ambulante Behandlung.

Fall 6.

Albin K., Musiker, 61 Jahre alt.

Seit 12 Jahren Magenbeschwerden, Magenkrämpfe. Seit Herbst 1934 Sodbrennen und Aufstoßen. Seit Januar 1935 Erbrechen, meist 6—8 Stunden nach der Nahrungsaufnahme. Das Erbrochene sieht bräunlich aus, sauer schmeckend, viel Vortagsspeisen enthaltend. Stuhlverstopfung. Starke Gewichtsabnahme.

Befund bei der Aufnahme: Mittelgroßer Mann in sehr schlechtem Ernährungs- und Kräftezustand; am Leib keine Resistenzen tastbar, kein Druck-

schmerz. Während der Untersuchung Erbrechen von bräunlich wäßrigen Massen. Okkultes Blut positiv. Körpergewicht 84 Pfund.

Röntgen-Aufnahmen: Pylorusstenose (Carcinom?).

6. 4. 35. Operation (Dr. Klages). Oberer Medianschnitt. Nach Eröffnung des Peritoneums fühlt man 2 pylorusnahe Carcinome an der großen und kleinen Kurvatur. Resektion nach Billroth I.

Das Resektionspräparat zeigt jedoch nahe dem Pylorus isoliert voneinander gelegen je ein Ulcus und ein Carcinom. Histologisch handelt es sich um einen kleinzelligen Krebs.

Zunächst erholt sich der Patient ganz gut. Am 2. Tage post operationem erhebliche Verschlechterung. Plötzlicher Exitus des stark kachektischen Patienten an einem etwa daumennagelgroßen Entzündungsherd im rechten Lungenunterlappen.

Fall 7.

Friedrich H., Gemeindevorsteher, 68 Jahre alt.

Seit Jahren magenleidend. Saures Aufstoßen, Übelkeit, Brechreiz, Rückenschmerzen, Stuhlverstopfung, Stuhl meist dunkel. Im letzten Jahr Gewichtsabnahme von 8 Pfund.

Befund bei der Aufnahme: Mittelgroßer, gesund aussehender Mann in mäßigem Ernährungs- und Kräftezustand. Bauchdecken ziemlich straff. Kein sicherer Tumor tastbar. Okkultes Blut positiv. Die Röntgen-Aufnahmen lassen eine Pylorusstenose erkennen.

19. 6. 35. Operation (Prof. Voelcker). Mittelschnitt. Großer Tumor am Pylorus fühlbar. Ausgedehnte Resektion nach Billroth I.

Der in großer Ausdehnung resezierte Magen zeigt eine Pylorusstenose Der Pylorus ist bis auf eine kleine Öffnung fast völlig verlegt durch Tumormassen. Die Wand des Magens ist stark verdickt und fühlt sich derb an. Etwa 1,5 cm oberhalb der Stenose sieht man an der kleinen Kurvatur ein erbsgroßes trichterförmiges Ulcus mit wallartigem, gewulsteten Rand. Histologisch liegt ein kleinzelliger Krebs vor, der in diffus scirrhöser Ausbreitung die Muskelzüge auseinandergedrängt hat.

Ungestörter postoperativer Verlauf. Geringe Gewichtszunahme. Keinerlei Beschwerden.

Röntgen-Kontroll-Durchleuchtung: Anastomose gut durchgängig. Entlassen in ambulante Behandlung als gebessert.

Zusammenfassung.

Es werden 7 Fälle von Magencarcinom beschrieben, die in den Jahren 1933—1935 in der Chirurgischen Universitätsklinik Halle operiert wurden. Es wird dadurch die von verschiedenen Autoren bereits festgestellte Tatsache bestätigt, daß sich auf dem Boden eines chronischen Magenulcus ein Carcinom entwickeln kann, ferner daß die Möglichkeit besteht, daß in einem Magen Ulcus und Carcinom zugleich an verschiedenen Stellen gefunden werden. Auf die Seltenheit der Fälle wird hingewiesen. Die oben beschriebenen Anamnesen sind zum Teil recht uncharakteristisch. Hätte man nach der Vorgeschichte und nach der zunächst vorliegenden klinischen Erscheinungen in manchen Fällen ein Ulcus ventriculi erwartet, so zeigt die Operation bezw. die histologische Untersuchung des Resektionspräparates ein Ulcus-Carcinom oder ein Ulcus bei gleichzeitigem Vorhandensein eines Carcinoms.

6 Patienten, die sich in verschiedenen Lebensaltern, von 45—69 Jahren befanden, überstanden den operativen Eingriff glatt, während ein Patient, schon vorher sehr kachektisch, 2 Tage post operationem an einem daumengroßen Bronchopneumonieherd ad exitum kam.

Recidive sind bisher nicht bekannt geworden.

Zum Schluß meiner Arbeit danke ich Herrn Dozent Dr. med. habil. Klages für die Überlassung des Themas und für die mir gewährten Ratschläge.

Literatur.

Anschütz-Konjetzny: Geschwülste des Magens. Deutsche Chirurgie 46 f. 1. Hälfte, 1. Teil.

Anschütz-Konjetzny: Das Ulcus-Ca des Magens. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 154 (1920).

Aschoff: Pathologische Anatomie. II. Band.

Bier-Braun-Kümmell: Chirurgische Operationslehre. Band 3.

von Bomhard: Ein Beitrag zu den Beziehungen des Magencarcinoms zum Magengeschwür. Münchner Medizinische Wochenschrift 1920, Band II, Heft 51, Seite 1471.

Borchardt: Über das Verhalten der Magenschleimhaut beim Ca ventriculi, beim Ulcus ventriculi und beim Ca ex ulcere. Virchows Archiv Band 175, Seite 790.

Finsterer: Das Ulcuscarcinom des Magens. Langenbeck Archiv, Band 131, Seite 71.

Fleischer, Goldhaber, Landau: Zur Frage des Ulcus ventriculi carcinomatosum. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der inneren Medizin und Chirurgie, Band 40 (1927/28).

Garré, Küttner, Lexer: Handbuch der praktischen Chirurgie, Bd. 3.

von Haberer: Über die Häufigkeit und Bedeutung von Fehldiagnosen bei Ulcus und Carcinom im Magen und Duodenum. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 245, Heft 11/12.

von Haberer: Zur Frage des Magen-Ca auf Ulcusbasis und zur Verwechslungsmöglichkeit von Ulcus und Ca. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der inneren Medizin und Chirurgie Band 31 (1918/19).

Henke: Mikroskopische Geschwulstdiagnostik.

Henke-Lubarsch: Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie: die Entzündungen des Magens. Band IV, 2. Berlin 1928.

Hanke: Über die Indikationen zur operativen Behandlung des Magengeschwürs und Zwölffingerdarmgeschwürs. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 62. Jahrgang, Nr. 39.

Kaufmann: Spezielle pathologische Anatomie. Band I.

Klein, Demuth: Verhandlungen der Pathologischen Gesellschaft, 1925.

Konjetzny: Gibt es eine Anzeige zur chirurgischen Behandlung der Gastritis? Langenbeck-Archiv, Band 151, Seite 370.

Konjetzny: Über die Beziehungen der chronischen Gastritis mit ihren Folgeerscheinungen und des chronischen Magenulcus zur Entwicklung des Magenkrebses. Bruns'sche Beiträge, Band 85 (1913), Seite 455.

Moszkowicz: Über einen Fall von jungem „Ulcus-Ca" des Magens. Virchow's Archiv, Band 253, Seite 511.

Orator: Zur Pathologie und Genese des Ca und des Ulcus-Ca des Magens. Virchow's Archiv, Band 256, Seite 202.

Peyser: Untersuchungen über das Ulcuscarcinom des Magens. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 168 (1922), Seite 409.

Puchert: Über die Magenschleimhaut bei Geschwür und Krebs, mit Berücksichtigung des lymphatischen Gewebes. Virchow's Archiv, Band 280, Seite 385.

Rothmann: Chronisches Magengeschwür in seiner Beziehung zum Magenkrebs. Langenbeck-Archiv, Band 175, Seite 201.

Zweifel-Payr: Die bösartigen Geschwülste, Band II.

Lebenslauf.

Am 20. Mai 1909 wurde ich als Sohn des Kaufmanns Wilhelm Nordhausen und seiner Ehefrau Käthe geb. Handschke in Magdeburg geboren. Ich besuchte zunächst die Vorschule, dann das König-Wilhelms-Gymnasium und später das Dom-Gymnasium in Magdeburg, wo ich am 21. Februar 1929 die Reifeprüfung ablegte. Vom Sommer-Semester 1929 bis zum Winter-Semester 1932/33 studierte ich in Marburg, wo ich im Februar 1933, nachdem ich noch ein Semester das Studium ausgesetzt hatte, die ärztliche Vorprüfung bestand. Die klinischen Semester studierte ich in Halle und habe auch hier am 23. Dezember 1935 die ärztliche Staatsprüfung abgelegt. Vom 28. Dezember 1935 bis 30. Juni 1936 war ich Medizinalpraktikant am Krankenhaus Bergmannstrost Halle, vom 1. Juli 1936 ab bin ich im Stadt- und Kreiskrankenhaus Quedlinburg auf der inneren Abteilung tätig.